Aus der Reichsanstalt für das Deutsche Bäderwesen an der Universität Breslau
(Dir.: Prof. Dr. med. H. Vogt) und dem Balneologischen Institut Bad Salzuflen
(Leiter: Dr. med. J. Grundig).

Die Kurortbehandlung der Mitralstenose

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades in der
Medizin bei der Hohen Medizinischen Fakultät der
Schlesischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Alice Adamski
Medizinal-Praktikantin

Breslau 1940

DRESDEN und LEIPZIG 1940
Theodor Steinkopff, Verlagsbuchhandlung

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Vogt
Dekan: Prof. Dr. Gottron.

Die Arbeit erscheint in der **Zeitschrift für Kreislaufforschung** (zugleich Fortsetzung des Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten), 32. Jahrg. (1940), Heft 18. Herausgegeben von Prof. Dr. **Ed. Stadler, Plauen i. V.**, Prof. Dr. **Eb. Koch, Gießen-Bad Nauheim** und Prof. Dr. **Max Hochrein, Leipzig.** (Verlag von **Theodor Steinkopff,** Dresden und Leipzig.)

Buchdruckerei Albert Hille, Dresden N 6

I.

Eine Untersuchung über den Wert der Kurortbehandlung der Mitralstenose erscheint gerechtfertigt, weil die alte und neuere badeärztliche Erfahrung über die Nützlichkeit der Behandlung der Mitralstenose mit CO_2-Bädern auseinandergeht. Die Empirie der alten Badeärzte lehrte eine schlechte Verträglichkeit der Bäder bei diesem Herzfehler. Die neuere badeärztliche Praxis hat die ungünstigen Badebedingungen der Mitralstenose durch anpassungsfähige Dosierung: Verabreichung von dreiviertel-, in vielen Fällen durch Beschränkung auf Halbbäder, zu wandeln verstanden. Durchaus im Einklang mit der jüngeren badeärztlichen Empirie stehen die neueren balneologischen Forschungsergebnisse, die das Wesen der Wirkung des Kohlensäurebades von seiner mannigfaltigen Hautreizwirkung aus unter gleichzeitiger Schonung des Herzens erklären.

II.

Im folgenden soll auf Grund von Zusammenstellungen aus dem Krankengeschichtsmaterial der Jahrgänge 1934 bis 1936 der klinischen Abteilung des Balneologischen Instituts in Bad Salzuflen ein Überblick über die Behandlungsergebnisse der neuzeitlichen Kurortbehandlung der Mitralstenose gegeben werden.

Das verwertete Aktenmaterial, das ausnahmslos während der Durchführung von seiten der Sozialversicherungsträger — Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (RfA.) und Landesversicherungsanstalt Westfalen (LVA.) — gewährten Heilverfahren gewonnen wurde und daher auch geeignet ist, die große sozialpolitische Bedeutung des ganzen Fragekomplexes aufzuzeigen, ergibt in diesen 3 Jahren im ganzen 208 Fälle von Mitralstenosen: 122 Patientinnen — es handelt sich durchweg um weibliche Kranke — wurden von der RfA. verschickt und 86 von der LVA. Vom Gesichtspunkt der Bäderkurbehandlung aus gesehen fallen 8 Kurunfähige ohne Bad und 2 Kurunfähige mit je einem Badeversuch fort, weil der Kreislaufzustand eine rein oder vorwiegend klinische Behandlung notwendig machte, und Badefähigkeit in der zur Verfügung stehenden Zeit von 4—6 Wochen nicht erzielt werden konnte. Als Grundlage für die folgenden Ausführungen verbleiben demnach 198 Fälle; 116 Kranke gehören der RfA. an, 82 der LVA.

Von der reinen Mitralstenose wurde die mit gleichzeitiger Insuffizienz des Mitralostiums oder anderen Herzfehlern kombinierte Mitralstenose einerseits und die Mitralstenose (eventuell + Mitralinsuffizienz) bei Arrhythmia absoluta anderseits abgetrennt.

Es liegen klinisch und röntgenologisch gesicherte Befunde vor von:

a) reinen Mitralstenosen 21 [11 + 10]*);
b[1]) mit Mitralinsuffizienz komb. Mitralstenose (wobei der eine oder andere Klappenfehler vorwiegen kann) 105 [60 + 45];
b[2]) Mitralinsuffizienz mit Übergang in Mitralstenose 17 [12 + 5];
c) Mitralstenosen bei Arrh. abs. 21 [13 + 8];
d) Mitralstenosen kombiniert mit Aortenvitien 34 [20 + 14].

Die Mitralstenosen der letzten beiden Gruppen können auch mit einer Mitralinsuffizienz kombiniert sein.

Diese zur Kur überwiesenen Versicherten waren bei ihrer Ankunft nicht ausnahmslos badekurfähig. 25 von ihnen [17 + 8] sind erst nach anfangs klinischer Behandlung kurfähig geworden; der Badebeginn lag für diese Patientinnen zwischen dem 6. und 20. Kurtag, während die von vornherein Badefähigen durchschnittlich am 1.—3. Tag zu baden anfingen, wenn nicht zufällig durch den Termin des mensuellen Zyklus der Badebeginn hinausgeschoben wurde. Den anfangs nicht kurfähigen Kran-

*) Die Zahlen in eckigen Klammern geben jeweils die Verteilung in der Reihenfolge RfA. und LVA. an.

ken wurde Bettruhe verordnet. Die auch im Heilbad unentbehrliche diätetische Betreuung ebenso wie die medikamentöse Unterstützung der Vorbehandlung wurde jeweils streng der Schwere des Krankheitsbildes angepaßt. Am häufigsten zwang eine Dekompensation, ein Vorhofflattern bzw. Vorhofflimmern mit Arrhythmia absoluta und konstanter Kammertachykardie, oder auch beides zu einer absoluten Ruhigstellung. Durch diese klinische Vorbehandlung wurde eine Entlastung des Kreislaufes erstrebt und erzielt, die Schlagfrequenz auf normale oder doch annähernd normale Werte herabgedrückt, der Zustand der Kompensation gebessert. In 2 Fällen war eine hartnäckige Extrasystolie Veranlassung zu vorerst klinischer Beobachtung, in einem dritten eine Sinustachykardie ohne nachweisbare Organdekompensation. Einmal wurde wegen Verdachts auf eine noch nicht ganz abgelaufene Endokarditis mit der Verabreichung von Bädern gewartet. Bei 2 Versicherten lag die vorläufige Gegenindikation auf Gebieten, die keinen direkten Zusammenhang mit der zur Verschickung Veranlassung gebenden Kreislauferkrankung erkennen lassen. Es handelte sich um eine Tonsillitis und Amputationsbeschwerden nach frischer hoher Unterschenkelamputation.

Den 25 kurfähig gewordenen sind 12 Kranke [8 + 4] gegenüberzustellen, bei denen im Laufe der Kur Gegenanzeigen zutage traten, die eine weitere Verabfolgung von Bädern unratsam erscheinen ließen. Einmal war es eine progrediente Myokardschädigung (elektrokardiographischer Nachweis), die gestützt auch auf die hämatologischen Kontrollen die Diagnose einer Myokarditis sicherte. Bei drei weiteren Patientinnen handelte es sich um rekurrierende Endokarditiden. Bei zweien von ihnen traten gleichzeitig auch schon in der Vorgeschichte angegebene Anfälle von absoluter Arrhythmie des Herzens wieder auf, wie überhaupt in der Mehrzahl der Fälle Herzrhythmusstörungen für die Aufgabe der Bäderverschreibung eine Rolle spielten. In drei Fällen kam es bei schon längere Zeit bestehender Neigung zum Vorhofflimmern während des Heilverfahrens zum Ausbruch einer Arrhythmia „perpetua", die in einem im ganzen ungünstig gelagerten Falle unbeeinflußbar blieb, während bei den beiden anderen durch systematische Chinidinbehandlung nach vorhergehender Digitalisierung 10 bzw. 11 Tage nach ihrem Auftreten doch noch der normale Sinusrhythmus wiederhergestellt werden konnte. Bei 2 weiteren Versicherten, bei denen die Bäderbehandlung vorzeitig abgebrochen wurde, waren nur versuchsweise einige (4 bzw. 5) mit Süßwasser verdünnte CO_2-Solehalbbäder verordnet worden; einmal handelte es sich um ein schweres Vitium mit erheblich geschädigtem Myokard, mit tachykardischen Anfällen und Extrasystolie, im zweiten Falle um eine rasche Form der Arrhythmia absoluta bei einem Mitralfehler. Diese letzte Patientin, bei der anfangs eine starke Organdekompensation vorlag, hatte erst nach 14 Tagen das erste Bad bekommen; die Behandlung war besonders schwierig, weil sie Digitalispräparate nicht vertrug. Einmal

war eine akut aufgetretene Zystopyelitis Anlaß zum Absetzen der Bäder; ein andermal eine am 10. Kurtage exazerbierende chronische Bronchitis, bei einer letzten Patientin schließlich eine interkurrente Bronchopneumonie, in deren Gefolge der Kreislauf vollständig versagte.

Als Dauer eines Heilverfahrens sind grundsätzlich zunächst 4 Wochen vorgesehen. Es wird aber auf Antrag eine Kurverlängerung um 1 bis 2 Wochen bewilligt, wenn dadurch eine weitere Steigerung der Arbeitskraft und Wiederherstellung der Berufs- bzw. Arbeitsfähigkeit zu erwarten steht. So wurde in 68 von 198 Heilverfahren eine Kurverlängerung gewährt [45 + 23]. Unter diesen finden sich naturgemäß ein größerer Anteil der Kranken, die bei Antritt des Heilverfahrens kurunfähig waren und erst durch Vorbehandlung badefähig geworden sind, und zwar von 25: 17 [14 + 3] von [17 + 8]. Ihre Zahl interessiert insofern, als trotz der klinischen Vorbehandlung durch die Verlängerung des Heilverfahrens noch die Durchführung einer normalen etwa 4wöchigen Badekur ermöglicht wurde.

Allerdings waren auch 4 [1 + 3] vorzeitige Entlassungen zu verzeichnen. Eine Patientin mußte aus disziplinarischen Gründen nach 3 Wochen entlassen werden; 3 weitere fuhren nach 3—$3^1/_2$ Wochen auf eigenen Wunsch zu Familienfeiern nach Hause.

Eine Beurteilung des Kurerfolges muß sowohl die objektiven Feststellungen wie die subjektiven Angaben berücksichtigen.

Von 198 Behandelten [116 + 82] können 181 objektiv Gebesserte [104 + 77] 17 objektiv Ungebesserten [12 + 5] gegenübergestellt werden. Die subjektive Beurteilung des Kurerfolges ergibt 171 Gebesserte [97 + 74], deren Angaben zwischen „etwas" bis „sehr gut" und „glänzend" gebessert streuen. „Kaum gebessert" ist als höfliche Umschreibung eines subjektiven „Ungebessert" gewertet worden. Die Zahl der subjektiv Gebesserten liegt also um 10 niedriger als die objektive Festlegung ergibt. Die Anzahl der subjektiv Ungebesserten erhält man jeweils durch zahlenmäßige Ergänzung der subjektiv Gebesserten bis zu 116 für die Patienten der RfA. [19] und bis zu 82 für die der LVA. [8].

Eine Betrachtung der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit im Entlassungsbefund zeigt entsprechende Erfolgsverhältnisse auf. Die Akten der Landesversicherung unterscheiden in bezug auf die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitglieder die Gruppen B. und C. Die Note B wird zuerkannt, wenn nach dem Heilverfahren für längere Zeit Erwerbsfähigkeit angenommen wird. Die Bewertung C, wenn Erwerbsfähigkeit nicht oder nur ganz vorübergehend besteht, diese Versicherten also nicht in der Lage sind, das ortsübliche Lohndrittel zu verdienen. Die Erwerbsfähigkeit der Angestelltenversicherungspflichtigen wird in Prozenten ausgedrückt. Berufsunfähigkeit tritt bei ihnen ein, sobald ihre Erwerbsfähigkeit weniger als 50 Proz. der normalen Arbeitsfähigkeit beträgt. 102 Reichsversicherte sind mit mehr als 50 Proz. Erwerbsfähigkeit eingeschätzt worden, 5 mit

50 Proz. als „Grenzfälle" betrachtet worden und 9 unter 50 Proz. Bei 5 Pat. der letzten Gruppe ist dieser Entscheid als vorübergehend, bei den restlichen 4 als dauernd anzusehen. Bei den Landesversicherten stehen 76 B-Fälle 6 C-Fälle gegenüber; von diesen letzten sind 2 als vorläufig und 4 als dauernd invalide angesehen worden.

Die Feststellung, daß von 198 Kurbehandelten 181 [97 + 74] objektiv gebessert und 183 [107 + 76!] erwerbsfähig entlassen werden konnten, führt die Nützlichkeit einer Badekurbehandlung der Mitralstenose bei kritischer Indikationsstellung klar vor Augen.

Ein Bericht über die Bäderbehandlung und ihre Erfolge ist deshalb von Wichtigkeit, weil sie den bedeutendsten Heilfaktor der Kur darstellt. Als Bäderformen, die in Bad Salzuflen zur Verfügung stehen, sind 4 und 6proz. Solbäder sowie CO_2-Solbäder aus der Alt-Thermal- und Neu-Thermalquelle als sog. Alt-Thermal- und Neu-Thermalbäder, ferner Thermalsprudelbäder aus beiden zu nennen.

Wie anfangs erwähnt, fingen die Pat. durchschnittlich am 1. bis 3. Kurtage an zu baden. Mit geringen Ausnahmen wurden jeden 2. bis 3. Tag Bäder gegeben. Im allgemeinen fiel eine halbe bis rund 1 Woche wegen der Menses fürs Baden fort. Je nach der Schwere des Krankheitsbildes war durchweg 2—3 Stunden Ruhe nach dem Bade vorgeschrieben. Es wurden im Durchschnitt 12 Bäder je Kurbehandelter verabreicht. Die Höchstzahlen bei Patientinnen, die eine 4-Wochenkur gemacht haben, d. h. in 126 von 198 Fällen, betrugen für die Patientinnen der RfA. 16 und für die der LVA. 15 Bäder; die Mindestzahlen in der gleichen Zeit 8 (RfA.) und 9 (LVA.). Die größere Streuung bei der ersten Gruppe (RfA.) ist als Folge der größeren Zahl zu erklären. In den Zusammenstellungen der höchsten und geringsten Bäderzahl sind nur Patientinnen mit normal durchgeführter 4wöchiger Badekur berücksichtigt, während für die Feststellung der Anzahl der durchschnittlich verabfolgten Bäder alle Kranken herangezogen worden sind. Die Maximalzahl an Bädern, die überhaupt erreicht wurde, war für Kranke beider Versicherungen übereinstimmend 19 Bäder; es handelt sich hierbei um Kuren von $5^1/_2$ und 6 Wochen Dauer.

In der vielseitigen Abstufbarkeit der Bäder, nicht nur nach der Wasserhöhe in der Wanne, sondern auch nach CO_2- und Mineralgehalt, Badetemperatur und Dauer sowie nach dem zeitlichen Zwischenraum zwischen den einzelnen Bädern sind dem erfahrenen Badearzt Möglichkeiten einer verfeinerten Anpassung an die Schwere des Herzfehlers in die Hand gegeben. Für die Dosierung der Bäder waren nicht nur die objektiven Gesichtspunkte ärztlichen Dafürhaltens ausschlaggebend, vielmehr wurden die subjektiven Angaben der Patientinnen über ihr Wohlbefinden während und nach dem Bade stärkstens beachtet, um die Bäder zu einem optimal wirkungsvollen Heilfaktor zu gestalten.

Es wurde kein einziges Vollbad verordnet. Kranken mit leichtem kompensierten Herzfehler konnten reine $^3/_4$ Bäder verabfolgt werden, so 38 Kranken [21 + 17]. 115 von 198 Badekurbehandelten [59 + 56] nahmen nur Halbbäder, davon in 24 Fällen [13 + 11] anfangs mit Süßwasser verdünnte Bäder. Diese besonders vorsichtige Einfühlung fand nicht nur bei anfangs Dekompensierten, später kurfähig gewordenen Anwendung, sondern auch wenn konstitutionell ungünstige Faktoren vorlagen, so bei überzarten asthenischen Mädchen und Frauen. Eine solche „einschleichende" Behandlung ermöglichte bei 31 Patienten [24 + 7] nach anfänglicher Beschränkung auf Halbbäder später doch ohne Gefahr einer Schädigung $^3/_4$ Bäder zu verabfolgen.

Für 14 Patientinnen [12 + 2] wurden die anfangs verabfolgten $^3/_4$ Bäder in der Folge durch Halbbäder ersetzt. Die Ursache dieser Maßnahme lag in der objektiven und subjektiven Feststellung der Unverträglichkeit der $^3/_4$ Bäder.

Die Zusammenfassung der subjektiven Beurteilung der Badeverträglichkeit bestätigt auch von seiten der Behandelten die Richtigkeit einer dosierten Bäderbehandlung der Mitralstenose. 165 Kranke [95 + 70] gaben an, sie hätten die verordneten Bäder durchweg vertragen. 20 Kranke [9 + 11] empfanden die Bäder als Anstrengung. 13 Patienten [12 + 1] gaben nur nach den ersten Bädern eine Belastung durch das Baden an.

Es war überhaupt bei Durchsicht der Krankenakten zu beobachten, daß subjektive Badereaktionen wie Müdigkeit, allgemeine Abgeschlagenheit, erhöhtes Schlafbedürfnis, nicht selten aber auch herabgesetztes Schlafvermögen, recht häufig vorübergehend nach den ersten Bädern angegeben wurde.

Außer der sofort an das Bad anschließenden Bettruhe, die ebenso ausnahmslos eingehalten werden muß, wie eine tägliche zweistündige Mittagsruhe, wurde den Patientinnen noch zusätzlich eine einstündige Liegekur vor dem Abendessen und vormittags an badefreien Tagen verordnet. Nur in 12 von 198 Fällen wurde keine Liegekur gehalten; teils (6 Kranke) waren es Pat., die wegen Neigung zur Fettsucht weniger ruhen sollten, zur Unterstützung der diätetischen Behandlung; teils waren es Versicherte, deren Herzfehler so gut kompensiert war, daß die Ruhe nach dem Bade neben der täglichen Mittagsruhe ausreichende Erholung gewährleistete.

Fast alle Kranken sind einer diätetischen Behandlung unterzogen worden, die in salzarmer, nötigenfalls auch salzfreier Trockenkost und Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr besteht. Es ist dieses bekanntlich eine Maßnahme, die eine Entlastung des Kreislaufs bedeutet und als beste Vorbeugung gegen ein Asthma cardiale anzusehen ist. In 3 Fällen gestattete die gute Kompensation eines leichten Herzfehlers Normalkost. In einem Falle mußte wegen einer Hyperthyreose eine Schutzkost gereicht

werden, die durch laktovegetabilische Kost mit Eiweißeinschränkung gekennzeichnet ist.

Die Verabfolgung von Kreislaufmitteln läßt sich statistisch nicht einwandfrei erfassen, weil sie im Heilbad naturgemäß zurücktritt und nicht regelmäßig in die Kurbehandlung eingebaut wurde. Sie wurde lediglich als nicht immer vermeidbare Unterstützung der Behandlung angesehen und demgemäß nur der kleineren Zahl der Pat. in außerordentlich wechselnder Menge verabfolgt. Auf Schlafmittel konnte nicht verzichtet werden, weil ausreichender Schlaf wegen seiner günstigen Rückwirkungen auf Herz und Kreislauf im Sinne einer Beruhigung einen Circulus vitiosus zu unterbrechen vermag

III.

Besonders interessant ist es, daß trotz des kurzen Zeitraumes der Beobachtungen doch 8 Pat. [4 + 4] gezählt wurden, die dem Institut noch ein zweites Mal zur Überwachung eines Heilverfahrens überwiesen wurden. Diese Wiederholungskuren wurden in 2 Fällen nach 3 Jahren, die übrigen im Abstand von 2 Jahren durchgeführt. Es zeigte sich, daß die Versicherten ausnahmslos bei der Wiederaufnahme angaben, daß die erste Kur von Erfolg gewesen war. Nach Angabe der Kranken hielt der Kurerfolg durchschnittlich 1—2 Jahre an, dann traten vorwiegend im Winter Erkältungen auf, es setzten rheumatische Beschwerden ein, und damit kehrten auch die alten Herzbeschwerden wieder.

Der Befund bei der Wiederaufnahme war in 2 Fällen im ganzen gesehen der gleiche geblieben, d. h. nach physikalischem, röntgenologischem und Ekg-graphischem Befund, nach dem Venenpulsbild und Blutstatus waren gröbere Unterschiede nicht nachweisbar. Bei 2 Kranken zeigte sich röntgenologisch und physikalisch eine Verschlechterung mit fortgeschrittener Dekompensation. In drei Heilverfahren wurde mit Hilfe der üblichen diagnostischen Methoden eine nur geringfügige Verschlechterung aufgedeckt.

Auch diese Wiederholungskuren brachten den erhofften Erfolg: Die Berufsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit konnte bei allen 8 Kranken erneut wiederhergestellt werden.

Zusammenfassung:

1. An dem klinischen Material des Balneologischen Institutes in Bad Salzuflen aus 3 Jahren wird gezeigt, daß die Kurbehandlung auch der Mitralstenose ein dankbares Gebiet der praktischen Balneologie darstellt, ganz gleich ob es sich um eine reine oder mit Insuffizienz der Mitralklappe oder anderen Klappenfehlern kombinierte, oder durch Rhythmusstörungen (Arrhythmia absoluta), komplizierte Mitralstenose handelt, sofern nur die allgemein gültigen Anzeigen für die Bäderbehandlung Kreislaufkranker beachtet werden. Ausgesprochene Dekompensationen

sind Domäne klinischer Behandlung. Solche Kranke können auch im Heilbad nur mit den Mitteln der Klinik erfolgreich behandelt werden. Dagegen können Patienten mit leichten Stauungserscheinungen ebenso wie die rasche Form der Arrhythmia absoluta nach stationärer Vorbehandlung oft in kurzer Zeit kurfähig werden und sich dann einer Badekur mit kohlensauren Bädern mit gutem Nutzen unterziehen.

Von 198 kurfähigen oder nach Vorbehandlung badefähig gewordenen Pfleglingen der Reichsversicherungsanstalt und der Landesversicherungsanstalt Westfalen waren am Kurende 181 objektiv und 171 subjektiv gebessert; 178 Behandelte konnten berufsfähig bzw. arbeitsfähig entlassen werden. Die Zahl der Kranken, bei denen die Bäderbehandlung abgebrochen werden mußte — meist von vornherein ungünstiger liegende Fälle, zum Teil auch infolge interkurrenter Erkrankungen — ist so gering (12), daß sie nicht wesentlich in die Waagschale fällt. Voraussetzung für die erzielten günstigen Ergebnisse ist eine exakte und dem Einzelfall genau angepaßte Abstufung des Bäderreizes, unterstützt durch diätetische und nötigenfalls medikamentöse Maßnahmen und ergänzt durch eine allgemeine auf Ruhe und Erholung abgestimmte Liegekur in sinnvollem Wechsel mit Belastung durch Bäder und Spaziergänge. Nicht unwichtig ist auch die psychische Umstimmung.

2. In Übereinstimmung mit den neueren balneologischen Forschungsergebnissen über den peripheren Angriffspunkt der CO_2-Wirkung und die Erkenntnis der überragenden Bedeutung der physikalischen Belastung durch den Wasserdruck im Vollbad ergibt die praktische Erfahrung, daß bei geeigneter individueller Abstufung die CO_2-Bäder auch von unseren Kranken mit Mitralstenosen, trotz der vorhandenen Stauung im kleinen Kreislauf, in der überwiegenden Mehrzahl vertragen wird. Allerdings wurde nicht ein einziges Vollbad verordnet. Weitaus über die Hälfte der Patientinnen erhielt nur Halbbäder. In etwa $^1/_5$ der Fälle wurden während der ganzen Kur $^3/_4$-Bäder verordnet und anstandslos vertragen. Nur vereinzelt gaben Kranke, denen $^3/_4$-Bäder zugemutet worden waren, doch ein Oppressionsgefühl im oder Atembeschwerden nach dem Bade an. Diese Klagen verstummten nach Umwandlung der ärztlichen Verordnung in Halbbäder sofort. Umgekehrt war es möglich, in etwa $^1/_6$ aller Fälle durch eine „einschleichende" Behandlung nach anfänglicher Beschränkung auf Halbbäder später ohne Gefahr einer Schädigung auf $^3/_4$-Bäder überzugehen.

3. Trotz des kurzen Zeitraumes kamen einige Patientinnen noch ein zweites Mal — 6 nach 2 Jahren, 2 nach 3 Jahren — zu einer Wiederholungskur wieder. Der Befund hatte sich in der Zwischenzeit mit 2 Ausnahmen mehr oder weniger verschlechtert. Die Kranken gaben aber ausnahmslos an, daß die erste Kur von Erfolg gewesen war, der ungefähr 1—2 Jahre angehalten hatte. Aber auch in diesen Fällen, wo nach 2 bis 3 Jahren eine 2. Kur nötig wurde, konnte durch diese wiederum die Arbeits-

fähigkeit voraussichtlich für eine Reihe von Jahren wiederhergestellt werden. So bedeuten auch für die Kurortbehandlung der Mitralstenose die Heilverfahren, die die deutsche Sozialversicherung den schaffenden deutschen Menschen immer wieder gewährt, einen Gewinn für die Volksgemeinschaft durch Erhaltung gefährdeter Arbeitskraft, für die Kurbehandelten seelische und materielle Selbständigkeit, für die Versicherungsträger Ersparnis an Rentenzahlungen und dienen somit der Erhaltung des Volksvermögens, dem deutschen Volke.

Schrifttum.

Grundig, Balneologe **3**, 356 (1936). — Sarre, Balneologe **2**, 101 (1935). — Siebeck, Dtsch. Arch. klin. Med. **100**, 204 (1910). — Schott, Berl. klin. Wschr. **1880**, Heft 25-26. — Gollwitzer-Meier, Balneologe **2**, 289 (1935). — Krüger und Budelmann, Balneologe **2**, 178 (1935). — E. Meyer, Dissert. Freiburg i. Br. (noch nicht im Druck erschienen). — Gollwitzer-Meier, Balneologe **2**, 291 (1935). — Grundig, Dtsch. med. Wschr.; im Druck. — Schober, Münch. med. Wschr. **1936**, 423. — Grundig, Sitzgsber. med. Ges. Gießen. Münch. med. Wschr. **1932**, 161. — Grundig, Klin. Wschr. **11**, 1232 (1932).

Lebenslauf.

Als Tochter des Verwaltungsoberinspektors August Adamski und dessen Ehefrau Marta geb. Pollatzek, wurde ich, Alice Hedwig Ursula, am 15. Oktober 1912 in Beuthen O/S. geboren.

Nach dem Besuch der Töchterschule und anschließend des St. Hedwigs-Oberlyzeums in Beuthen O/S., studierte ich Medizin an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Breslau, wo ich das Physikum und auch das Staatsexamen machte. Darauf war ich $5^1/_2$ Monate Medizinalpraktikantin im Nervensanatorium Dr. Curt Sprengel, Obernigk und ging von da aus an das Städt. Krankenhaus Ratibor, wo ich jetzt Volontärassistentin bin.

Ich bin arischer und deutscher Abstammung.

An dieser Stelle sei mir gestattet, Herrn Prof. Dr. med. Vogt und Herrn Dr. med. J. Grundig für ihre Hinweise und ihr Entgegenkommen herzlich zu danken.

Alice Adamski.